

Лобанков В.М., Слизько С.И.

К МЕТОДИКЕ УШИВАНИЯ СРЕДИННЫХ ЛАПАРОТОМНЫХ РАН

/ Гомель /

В большинстве отечественных хирургических стационаров традиционно применяется послойный способ ушивания лапаротомной раны после срединных чревосечений. Отдельно ушивается париентальная брюшина, обычно непрерывным кетгутовым швом. Апоневроз ушивается отдельными узловыми швами, нерассасывающимися. Далее накладываются швы на подкожную жировую клетчатку, затем — швы на кожу. Теоретически целью такого послойного ушивания раны является обеспечение оптимальных условий для заживления, профилактика висцеропариетальных спаек, предотвращение послеоперационных вентральных грыж, достижение приемлемого косметического эффекта. Однако практика показывает, что такую методику закрытия срединных чревосечений нельзя считать оптимальной. Непрерывный кетгутовый шов брюшины из-за ишемии ее краев, а также вследствие выраженной тканевой реакции на кетгут — приводит к значительному образованию спаек в этой зоне. Отдельные узловые швы апоневроза на фоне послеоперационного пареза кишечника склонны к прорезыванию, что создает предпосылки для формирования вентральных грыж.

В настоящее время в зарубежных клиниках широко применяется непрерывное ушивание апоневроза рассасывающимися синтетическими нитями, выполняющими роль амортизатора при нагрузках на брюшную стенку. Риск развития вентральных грыж среди прочих условий зависит от соотношения длины использованной нити к

длине лапаротомной раны, оптимальным является 4,0-4,9. Кроме того, массовые статистические исследования хирургов Швеции показали, что достоверно меньшая частота случаев спаечной кишечной непроходимости отмечается в клиниках, где при ушивании лапаротомных ран не накладывают швы на брюшину.

Внедрение передового опыта в наших условиях сдерживается дефицитом современного шовного материала. Однако с применением даже традиционного для отечественных хирургов шовного материала можно снижать риск вентральных грыж и спаечной болезни. В хирургической клинике при 3-й городской больнице г.Гомеля с 1994 года мы используем следующий метод ушивания срединных чревосечений. Парietaльную брюшину не ушиваем. На апоневроз накладываем внутриузловые 8-образные швы. При этом нагрузка каждого шва распределяется на 4 точки, а не на 2 как при обычной методике, что снижает риск прорезывания. Стягивание раны идет и в поперечном и частично в продольном направлении. Узел и обрезанные концы нитей располагаются в предбрюшинной клетчатке, где вероятность инфицирования существенно ниже, чем в подкожной клетчатке. При должном навыке наложение таких швов по времени аналогично общепринятой методике.

Описываемый метод ушивания срединных лапаротомных ран мы применили более, чем при 400 различных операций в плановой и экстренной абдоминальной хирургии. Осложнений, связанных с данной методикой не отмечалось. Частичное нагноение раны имелось у 1 больного, оперированного по поводу перфоративной язвы с распространенным перитонитом. Теоретическая и практическая обоснованность, простота и доступность способа позволяют нам рекомендовать 8-образный внутриузловой шов апоневроза без отдельного ушивания брюшины в широкую клиническую практику.